

D^r Félix DIBON.

Sur le

CANCER PRIMITIF

DU PÉRITOINE



NIMES

Imprimerie GAILLARD & C^{ie}, B. GUILLOT, Succ^r

4 Rue Grizot, 4

—
1899



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Sur le
Cancer Primitif
du Péritoine

PAR

M. Félix DIBON

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement à la Faculté de Médecine de Montpellier,
le 23 Décembre 1899,
en vue d'obtenir le grade de Docteur.



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. VIALLETON..... DOYEN
HAMELIN (*)..... ASSESSEUR

Professeurs

Hygiène	MM. BERTIN-SANS
Clinique médicale.	GRASSET (*)
Clinique chirurgicale.	TEDENAT
Clinique obstétric. et gynécol.	GRYNFELTT
Thérapeutique et matière médicale	HAMELIN (*)
Clinique médicale	CARRIEU
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET (*)
Physique médicale.	IMBERT
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL
Clinique chirurgicale.	FORGUE
Clinique ophthalmologique.	TRUC
Chimie médicale et Pharmacie.	VILLE
Physiologie	HEDON
Histologie	VIALLETON
Pathologie interne	DUCAMP
Anatomie	GILIS
Opérations et appareils.	ESTOR
Microbiologie	RODI T
Médecine légale et toxicologie.	SARDA
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL
Anatomie pathologique	N...
Id.	Bosc (Ch. du c.)

Doyen honoraire : M. MAIRET (*).

Professeurs honoraires : MM. JAUMES, DUBREUIL (*),
PAULET (O. *)

Chargés de Cours complémentaires

Accouchements	MM. VALLOIS, agrégé
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées.	BROUSSE, agrégé
Clinique annexe des mal. des vieillards	VIRES, agrégé.
Pathologie externe.	de ROUVILLE agr.
Pathologie générale	RAYMOND, agrégé

Agrégés en exercice

MM. BROUSSE	MM. De ROUVILLE	MM. GALAVIELLE
RAUZIER	PUECH	RAYMOND
LAPEYRE	VALLOIS	VIRES
MOITESSIER	MOURET	IMBERT
BOSC	DELEZENNE	BERTIN-SANS

M. H. GOT, *secrétaire*,

Examineurs de la Thèse

MM. GRASSET, <i>président</i>	MM. BROUSSE, <i>agrégé</i>
DUCAMP, <i>professeur</i>	VIRES, <i>agrégé</i>

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

F. DIBON.

A mon Président de Thèse :

Monsieur le Professeur GRASSET

A MES MAITRES

F. DIBON.

INTRODUCTION

Au mois de septembre dernier, nous eûmes l'occasion d'observer, dans le service de M. le professeur Grasset, un cas curieux de cancer du péritoine, curieux peut-être moins par sa symptomatologie que par son évolution rapidement fatale et par les lésions anatomiques que ce cancer avait provoquées : infiltration cancéreuse du péritoine seul, tumeurs volumineuses englobant les intestins sans y provoquer de lésions néoplasiques. Tous les organes abdominaux étaient intacts. Le cas parut assez intéressant à M. le professeur agrégé Rauzier pour qu'il nous le donnât comme sujet de thèse.

Réunir autant que possible les cas de cancer primitif du péritoine ayant quelque ressemblance avec celui que nous avons observé, en faire une étude clinique d'ensemble, tel a été notre plan dans la rédaction de ce modeste travail d'élève.

Nous n'ignorons point que, quoique rencontré assez peu fréquemment, le sujet a été fouillé, étudié à fond. Nous n'avons pas la prétention de faire quelque chose de nouveau : nous nous sommes simplement proposé de faire une étude d'ensemble du cancer primitif, en suivant le mal dans les diverses phases de son évolution clinique.

Nous devons maintenant exprimer notre gratitude à

nos Maitres de la Faculté de Montpellier dont l'enseignement et les conseils nous ont appris à connaître et à aimer la Médecine.

Que M. le professeur Rauzier, dont la bienveillance a considérablement facilité notre travail, reçoive ici l'expression de notre entière reconnaissance.

Nous prions M. le professeur Grasset de vouloir bien accepter tous nos remerciements pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

SUR LE

CANCER PRIMITIF

DU PÉRITOINE

CHAPITRE PREMIER

Existe-t-il un Cancer primitif du Péritoine ?

Une question se pose en tête de ce travail : *Le cancer primitif du péritoine peut-il exister ?*

Si nous donnons le nom de cancer aux seules tumeurs d'origine épithéliale, il est certain qu'il ne peut y avoir cancer primitif du péritoine. On croyait à la possibilité de ces tumeurs primitives dans le péritoine, alors qu'elles n'avaient pas encore été nettement différenciées au point de vue anatomo-pathologique.

C'est ainsi que des observations de Bourneville, Auger, Cruveilhier, Mongird, Chuquet, Marquis, etc., semblent démontrer l'existence du carcinome primitif : « *Il est impossible, disait Chuquet, de nier le carcinome primitif du péritoine devant des observations montrant la séreuse envahie dans toute son étendue, quand les organes sous-jacents sont absolument sains.* »

Et, à la suite de Cruveilhier, Marquis, en 1873, non seulement admettait qu'il existait un carcinome primitif du péritoine, mais encore il en décrivait les différentes

formes anatomiques : « On trouve, disait-il, toutes les espèces de carcinome dans le péritoine : carcinomes fibreux ou squirrhes, carcinomes encéphaloïdes ou médullaires, carcinomes muqueux ou colloïdes, carcinomes mélaniques. »

Et il se demandait même laquelle de ces formes était la plus fréquente. Sa conclusion était que le péritoine était le plus souvent atteint du carcinome colloïde.

Mongird, dix ans plus tard, ratifiait les conclusions de Marquis.

De plus, non seulement on affirmait l'existence du carcinome primitif dans le péritoine, mais on expliquait cette formation primitive par la théorie de Virchow.

Virchow réservait aux seules cellules conjonctives de la trame organique des tissus, le pouvoir de dégénérer en cancer. La théorie de Virchow a fait son temps. On n'admet plus ce pouvoir, pour les cellules conjonctives, de se transformer et de donner naissance à du carcinome. Actuellement, pour qu'il y ait carcinome primitif dans un organe, il faut qu'il y ait un épithélium dans cet organe. Or ce n'est pas le cas pour la séreuse péritonéale qui, nous le savons, est constituée par deux couches : une seule rangée de cellules aplaties, endothéliales, et, au dessous, une trame conjonctivo-élastique.

On nous objectera peut-être qu'une de nos observations relate un cas de carcinome primitif du péritoine. Nous répondrons à cela d'abord que l'examen des organes abdominaux n'a peut-être pas été poussé assez loin pour permettre d'affirmer qu'ils étaient absolument sains, car il pouvait fort bien exister un cancer des ovaires méconnu ; qu'en second lieu la théorie des inclusions d'intestin embryonnaire dont il est parlé dans cette observation peut être encore soutenue.

Le carcinome du péritoine sera donc toujours secondaire à un cancer d'un organe voisin, soit de l'intestin, soit surtout de l'ovaire ou de l'utérus, cancers souvent latents pendant la vie du sujet et souvent difficiles à reconnaître à l'autopsie.

Mais cette limitation du terme de cancer aux seules tumeurs épithéliales est excessive.

On doit désigner, dans une acception beaucoup plus large du mot, par cancer, avec les tumeurs épithéliales, toutes les autres tumeurs malignes. D'autant plus que⁽¹⁾ « *parmi les espèces cellulaires de l'organisme normal, la limite des tissus épithéliaux est assez indécise et conventionnelle.* »

Ces tumeurs malignes, autres que le carcinome à marche rapide, à généralisation prompte, sont d'origine mésodermique, et appartiennent anatomiquement, soit à la classe des endothéliomes, soit à celle des sarcomes, soit encore à celle des lymphomes.

Leur appareil symptomatique a de grandes ressemblances avec celui du carcinome : ce n'est qu'à l'aide du microscope qu'on peut les différencier. Et encore, comme on le verra, dans certains cas d'endothéliomes, à une période assez avancée de l'évolution de la tumeur, les cellules, nettement endothéliales au début, se gonflent, se déforment, s'allongent, se rapprochent, se tassent et forment des masses ressemblant assez à de l'épithélioma.

Nous devons donc appliquer le nom de cancer primitif du péritoine à toute néoplasie primitive de cette séreuse — endothéliome, sarcome ou lymphome — ayant les allures cliniques d'une tumeur maligne.

(1) Bard, Congrès de Chirurgie, Lyon 1894.

CHAPITRE II

Etiologie

Comme l'étiologie de tous les cancers, l'étiologie du cancer primitif du péritoine est très obscure. Aussi est-ce là un chapitre sur lequel nous ne pouvons insister longuement.

Déjà nous savons que le cancer secondaire du péritoine est une des moins fréquentes propagations cancéreuses ; nous pouvons dire que le cancer primitif est encore plus rare et nous savons combien sont peu nombreuses les observations bien nettes de cette affection.

Les causes de cette maladie sont celles du cancer en général. Cependant, comme on a pu signaler certaines conditions spéciales favorisant son développement, on peut diviser l'étude de ces causes en *causes générales* et *causes locales*.

(a) — CAUSES GÉNÉRALES. — On invoque comme toujours l'hérédité, la diathèse, le tempérament morbide. Mais cela n'explique pas grand' chose.

L'âge et le sexe jouent en revanche un rôle considérable, très évident. C'est ainsi que dans le tableau rapporté par Mongird en 1884, nous voyons que sur 28 cas de cancers primitifs du péritoine, il y eut 18 femmes et seulement 10 hommes.

Ainsi, au point de vue du sexe, il semble bien que la femme serait atteinte à peu près deux fois plus que l'homme.

Le tableau de Mongird montre encore que c'est de 40 à 60 ans surtout que les cas sont le plus fréquents. Cette fréquence est d'ailleurs la règle pour tous les autres cancers.

Au tableau de Mongird, emprunté au *Bulletin de la Société anatomique*, nous joignons le relevé de nos observations, et nous voyons encore ici que l'affection a frappé surtout des femmes ayant atteint ou dépassé 50 ans. Seule, notre observation V rapporte un cancer chez une femme n'ayant que 39 ans.

Hâtons-nous de dire que c'est une exception qui, d'après Mongird, Camus, Lavocat, Lorreyte, ne se reproduit que pour un cancer péritonéal primitif sur 10.

Cependant, nous verrons que le lymphome primitif du péritoine est une affection surtout du jeune âge et de l'adolescence.

(b) — CAUSES LOCALES — Pour tous les cancers on a pu tour à tour admettre et nier l'irritation prolongée et les traumatismes. Ici, nous pouvons faire remarquer que dans notre observation VI l'affection s'est développée trois mois après un traumatisme abdominal, que dans l'observation II de la thèse de Mongird, la malade, âgée de 53 ans, avait eu de la péritonite à peu près certainement quatre ans avant sa néoplasie.

Il est vrai que nous ne trouvons pas, dans beaucoup d'autres observations, ces deux agents : irritations locales et traumatismes. Mais ce n'est pas une raison pour en nier l'influence manifeste dans les deux cas précités.

CHAPITRE III

Anatomie pathologique

Nous nous bornerons ici à donner un aperçu d'anatomie pathologique. Nous voulons simplement essayer d'indiquer l'aspect macroscopique surtout et microscopique de chacune des tumeurs malignes primitives du péritoine.

Nous nous baserons pour cela sur les relations d'autopsies et d'examens histologiques que nous trouvons dans les thèses récentes faites à ce sujet.

Nous devons envisager chaque tumeur en particulier :

A — ENDOTHÉLIOMES

Tout d'abord disons que ces tumeurs ont pour origine ou bien l'endothélium qui tapisse la séreuse ou bien celui qui constitue la paroi des vaisseaux lymphatiques péritonéaux.

(a) — *Examen macroscopique.* — Ces tumeurs ont une marche anatomique analogue aux endothéliomes pleuraux ; elles n'acquièrent qu'un petit volume, elles présentent une surface rugueuse, et, tantôt disséminées, tantôt groupées, elles s'étalent sur le feuillet pariétal aussi bien que sur le feuillet viscéral. Elles ont un aspect blanchâtre, luisant. Au toucher, elles sont très résistantes, très fermes.

Quand les endothéliomes affluent surtout sur le grand épiploon, cette portion péritonéale est considérablement épaissie. Elle est rétractée en une bande transversale à surface bosselée et d'une largeur d'environ 3 centimètres.

Nous en avons des exemples dans une observation de Richard Schulz, résumée par Lavocat (1), dans une observation de Lancereaux (2) et enfin dans un cas observé par Lavocat lui-même (obs. VI, inédite).

Nos observations II et V, elles aussi, en font foi.

(b) — *Etude microscopique.* — Le microscope nous décèle dans le tissu de ces tumeurs des cellules volumineuses, arrondies, fusiformes, dont la disposition varie avec l'âge de l'endothéliome. Dans les noyaux qui débutsent on aperçoit des cellules endothéliales dans les vaisseaux ou dans les espaces lymphatiques. A côté, parfois, les cellules forment des amas délimités. — Le noyau vieillit et alors les amas cellulaires s'accroissent, se rapprochent par leur périphérie et bientôt ne sont isolés les uns des autres que par des brides conjonctives fines : A ce moment, la tumeur a l'aspect du carcinome.

— Peu à peu les brides séparatives se résorbent, les cellules se trouvent réunies ; mal nourries, elles dégénèrent souvent en une substance gélatineuse ; on peut alors confondre la tumeur avec un cancer épithélial colloïde.

B. — SARCOMES

Nous ne pouvons certainement mieux exposer l'anatomie pathologique de cette tumeur péritonéale qu'en détachant et résumant l'autopsie contenue dans l'observation XIV de la thèse de Camus.

Il s'agit d'un individu mort à 31 ans d'un sarcome primitif du grand épiploon,

AUTOPSIE. — La « *cavité thoracique* ouverte laisse voir les poumons refoulés et comme tassés dans sa partie supérieure ; ils sont congestionnés dans leurs lobes inférieurs ; pas de noyaux néoplasiques. Rien du côté du cœur ni du péricarde.

La *cavité abdominale* est entièrement remplie par une tumeur qui recouvre tous les viscères et n'en laisse

(1) Lavocat — Tumeurs malignes du grand épiploon (th. Paris 1892).

(2) Lancereaux — Archives générales de Médecine (9 novembre 1878).

aucun apparent. La cavité péritonéale ne renferme pas de liquide ascitique.

Le péritoine pariétal est indemne.

L'estomac refoulé dans l'hypochondre gauche ne présente pas de lésions.

La rate a un volume normal ; son tissu est sain.

Le foie a l'aspect normal.

Les reins sont normaux ; la substance corticale un peu pâle.

Les anses intestinales sont refoulées dans les flancs, couvertes par la tumeur, elles ne présentent pas de lésions, non plus que le gros intestin.

(a) — *Tumeur.* — Cette masse énorme du poids de 15 kilos 1½, s'étend de la quatrième côte au niveau du détroit supérieur du bassin. Dans son ensemble, elle présente la forme d'une pyramide quadrangulaire dont la base repose sur le détroit du bassin ; les faces sont légèrement arrondies.

La face antérieure mesure 46 centimètres de longueur sur 36 centimètres de largeur. Elle présente 3 sillons transversaux et inégaux. Elle présente encore de nombreux nodules arrondis. Ce sont des kystes renfermant un liquide huileux.

La face postérieure, concave, a une hauteur de 45 centimètres, une base de 34 centimètres. Un sillon médian, en forme de *s* italique, la divise en deux lobes. Les nodules kystiques sont très nombreux.

La face latérale gauche présente un grand nombre de kystes très petits.

Sur la face latérale droite, pas de kystes.

Epaisseur de la tumeur vers son tiers supérieur : 14 centimètres.

(b) — *Coupes.* — Des coupes pratiquées en divers points de la masse, montrent qu'elle a une structure alvéolaire. Les alvéoles ont un volume variable. Ils renferment un liquide analogue à celui des kystes de la périphérie ; ils communiquent entre eux et avec les kystes de la surface.

(c) — *Histologie.* — On durcit la pièce dans l'alcool et le microscope montre alors que les travées limitant les alvéoles sont constituées de fines fibrilles autour desquelles sont massées des cellules fusiformes. Ces cellules, par leur groupement, forment de véritables faisceaux.

Certaines cellules nagent dans le liquide alvéolaire. Bref l'examen de la tumeur ne laisse aucun doute sur sa nature et l'on peut affirmer qu'il s'agit d'un sarcome primitif du grand épiploon en voie de dégénérescence colloïde, dégénérescence que les auteurs anglais désignent par l'épithète (*mucoid*) ».

Il ressort de cette description que le sarcome primitif du péritoine se présente à l'ouverture du ventre comme une masse énorme occupant une très grande partie de l'abdomen et refoulant tous les organes.

Ce sarcome a un aspect parfois grisâtre, rose, parfois rouge foncé. A la coupe on aperçoit des travées formées de fibrilles et de cellules fusiformes limitant des alvéoles. Les alvéoles communiquent entre eux, transformant la tumeur en une sorte d'éponge. Ils contiennent des cellules dégénérées, noyées dans un liquide huileux qui se coagule au contact de l'air.

Il arrive parfois que de nombreux alvéoles s'ouvrent les uns dans les autres par disparition absolue des travées et que la masse prend alors l'aspect d'une tumeur polykystique. A ce moment, à la palpation, cette tumeur donne une fluctuation bien nette ; aussi les cliniciens ont-ils pu autrefois la confondre avec le *cancer épithélial colloïde*.

C'est cette confusion qui est faite dans bon nombre d'observations et en particulier dans l'observation VII de la thèse de Mongird. (Observation de Cornil et Robin). (1)

(1) Bulletin de la Société anatomique 1873.

À l'autopsie, ils nous décrivent une tumeur volumineuse du péritoine avec dégénérescence colloïde. Et cependant ils concluent à un carcimome colloïde.

Enfin, nous avons vu que les anglais, à la suite d'Eve, préfèrent désigner cette dégénérescence sous le nom de dégénérescence « *Mucoid* ».

C. — LYMPHOMES

On cite peu de cas se rapportant au lymphôme péritonéal ; c'est qu'en effet le lymphôme malin du péritoine est très rare.

Pour étudier cette tumeur, nous allons relater ici l'autopsie d'un individu, faite par le docteur Lancereaux à l'hôpital St-Antoine,

Autopsie. — « Les membres inférieurs sont œdématiés, les ganglions inguinaux ont le volume d'un gros marron, ils sont les uns bruns, les autres jaunâtres, tous indurés ainsi que le tissu cellulaire périphérique. Les veines de l'abdomen sont libres ; elles renferment un sang diffluent, noirâtre ou gelée de groseille. Les ganglions pré-vertébraux sont peu altérés, excepté au voisinage du tronc cœliaque. Il existe dans la cavité péritonéale plusieurs litres d'un liquide citrin dans lequel baigne le grand épiploon rétracté, épaissi, infiltré de nodosités médullaires, d'aspect lardacé à la coupe, avec des taches jaunes graisseuses. Le péritoine est parsemé de saillies les unes analogues à une éruption milliaire, les autres grosses comme une lentille ; cette éruption est très confluyente dans le petit bassin ; à ce niveau, le péritoine vivement injecté, a plus d'un centimètre d'épaisseur. Vessie rétractée : le calibre des urètres est rétréci, leur muqueuse pigmentée, la tunique fibreuse des reins présente de petites ecchymoses, le parenchyme est normal, plus pâle à gauche.

L'examen microscopique des coupes pratiquées dans l'épaisseur de la séreuse péritonéale permet de constater la présence, dans un réticulum conjonctif, d'amas de cellules irrégulièrement arrondies et granuleuses et de

quelques cellules allongées. Les glandes lymphatiques sont semblablement altérées ». — Cet examen est sans doute insuffisant, mais l'altération simultanée du péritoine et des glandes lymphatiques, l'œdème et l'ascite concomitants nous laissent ici peu de doutes relativement à des lymphômes.

C'est bien là l'aspect général du lymphôme malin du péritoine.

Nous venons de signaler un cas de lymphôme cantonné seulement au grand épiploon. Habituellement il n'en est pas ainsi : il envahit les deux feuillets péritonéaux et alors ou bien il est diffus et la séreuse est seulement très épaissie et recouverte d'une couche de graisse, ou bien il est constitué par un ensemble de tumeurs très petites, disséminées ou réunies en masses. Ces tumeurs ont une coloration blanchâtre ou grisâtre. De plus, le lymphôme ne produit pas seulement l'épaississement du péritoine mais souvent aussi il entraîne sa distension. Résultat : les épiploons, au lieu de se rétracter comme dans les cas d'endothéliomes et de sarcomes, s'allongent considérablement.

Mais le lymphôme n'affecte pas seulement le péritoine.

En effet, aujourd'hui on a des tendances à défendre une théorie pathogénique infectieuse de cette tumeur et l'on s'appuie pour cela sur de nombreuses raisons : nous ne pouvons les énumérer ici. Aussi, puisque c'est une infection générale de l'organisme qui le provoque, le lymphôme se développe en même temps dans d'autres organes. Il est généralisé d'emblée. Ce sont surtout les ganglions inguinaux, cervicaux et pré-vertébraux qui sont atteints. Ces ganglions s'hypertrophient et se transforment en des tumeurs anatomiquement semblables aux lymphômes qui parsèment le péritoine.

CHAPITRE IV

Symptomatologie

Tous les cancers primitifs du péritoine, qu'ils soient endothéliomes, sarcomes ou lymphomes, ont une évolution clinique à peu près la même. Aussi, pour faire l'étude clinique de cette affection, nous n'admettrons plus la division que nous étions contraints de suivre dans l'anatomie pathologique. Nous ne considérerons qu'un cancer primitif type. Cependant, comme à certains moments, suivant la nature de la tumeur, tel ou tel signe peut s'exagérer ou au contraire passer au second plan, nous aurons soin d'indiquer à mesure ces petites différences.

Il ne faudrait pas croire que le cancer primitif du péritoine présente un ensemble de symptômes tout spéciaux et imposant d'emblée un diagnostic précis. Non, cette tumeur, au contraire, se présente au clinicien avec une symptomatologie qui lui est commune avec bon nombre d'autres affections abdominales. Ce n'est pas par conséquent qu'il manque de signes : il y en a trop ; mais ce sont des signes banaux.

Cependant, d'après la lecture des observations de Lavocat, Mongird, Camus, Marquis, il nous semble que certains symptômes peuvent, à un moment donné, par des particularités, nous diriger vers le diagnostic. Dans l'étude qui va suivre, nous essaierons de les mettre en relief.

Il ressort des observations que nous avons lues et de celles qui sont consignées à la suite de ce chapitre que l'on peut considérer l'évolution du cancer primitif du péritoine comme se divisant en trois temps :

Premier temps. — *Prodromes.*

Deuxième temps. — *Début.*

Troisième temps. — *Etat et Cachexie.*

Envisageons la maladie dans ces trois périodes.

I. — Prodromes. — Cette période est plus ou moins longue, quelquefois elle n'existe pas du tout. On peut dire cependant, que presque tous les malades éprouvaient déjà depuis bien longtemps (un an ou deux), des troubles abdominaux vagues quand, subitement, l'affection a éclaté. Cette latence ne doit pas nous étonner. Nous savons que c'est là une période torpide familière au cancer.

II. — Début. — Enfin, après ce temps de latence, l'affection apparaît ; elle passe alors par une période dans laquelle le diagnostic est à peu près impossible. Les symptômes vont être nombreux mais incertains et variables.

Ce début peut s'annoncer de plusieurs façons : parfois le malade accuse des douleurs abdominales qui sont ou bien réduites à une sensation de pesanteur ou bien elles sont très vives et lancinantes. Ces douleurs sont quelquefois généralisées à tout l'abdomen ou encore elles se localisent surtout au niveau de l'ombilic. Enfin elles peuvent être spontanées ou n'apparaître qu'à la palpation.

Dans d'autres cas, c'est une douleur violente périombilicale qui ouvre la scène. Le ventre se météorise, apparaissent des vomissements d'abord alimentaires, puis peu à peu porracés ; on croit à une péritonite aiguë. Mais ces accidents s'amendent, le médecin palpe l'abdomen et reconnaît que cette péritonite est consécutive à une tumeur péritonéale subite qui évolue.

Enfin, il est un troisième mode de début qui déroute complètement le diagnostic : Le malade vient chez le médecin, il se plaint de perdre l'appétit depuis quelque temps, il éprouve, par intermittences assez longues, des douleurs vives à l'épigastre ; il vomit souvent ; ce sont des aliments et de la bile, jamais du sang. A cela le

malade ajoute que depuis quelque temps il s'amaigrit et perd ses forces.

Comme on le voit, ces modes de début nous montrent par leurs signes que l'attention du médecin ne se trouve pas à cette période attirée sur la nature de l'affection.

III. — Etat. — Après quelque temps de ces troubles vagues, le ventre commence à se météoriser, les douleurs s'accroissent, nous sommes en pleine période d'état. A ce moment, les symptômes du cancer primitif du péritoine sont nombreux. Nous n'insisterons pas sur les symptômes que nous jugeons de peu de valeur ; nous allons étudier les deux signes les plus frappants que nous appellerons les symptômes cardinaux et nous signalerons seulement les autres signes que nous nommerons symptômes accessoires.

A. — SYMPTOMES CARDINAUX. — Si nous lisons des observations sur le cancer primitif du péritoine, nous verrons que la symptomatologie de cette affection se résume en gros dans les deux grands symptômes suivants : **Gonflement du ventre, douleur.** Ce sont là les signes cardinaux qui ne manquent jamais, mais qui, cependant, peuvent se présenter avec plus ou moins d'intensité.

A GONFLEMENT DU VENTRE. — Ce gonflement du ventre est dû à trois causes : à l'*ascite*, à la *tumeur*, au *météorisme*.

(a) *Ascite.* — L'*ascite*, disent les auteurs, ne manque jamais. Cependant, nous signalons quatre observations de la thèse de Lavocat dans lesquelles il est dit qu'à l'ouverture de la cavité abdominale il n'y avait pas d'écoulement de liquides. Lavocat ajoute toutefois qu'on en trouva ensuite quelques centaines de grammes dans les régions déclives.

Quoi qu'il en soit, ce sont là des exceptions ; presque toujours il y a *ascite*. Et presque toujours on trouve une quantité très considérable de liquide, 8 et 10 litres même. Enfin, nous avons remarqué que c'est surtout dans les

cas d'endothéliomes et de lymphomes qu'il y a épanchement dans la séreuse et que, seul, le sarcome ne provoque presque pas l'ascite.

Quels sont les caractères de cette ascite ?

D'abord, quand on regarde le ventre, si l'ascite est très abondante, la peau est distendue, souvent le réseau veineux sous-cutané abdominal se dilate et fait saillie sous la peau. C'est le fait que rapporte Mongird dans ses observations IV, V, VII. Enfin l'ombilic est soulevé et fait pour ainsi dire hernie au dehors. De plus, le ventre est étalé (ventre de batracien).

On palpe le ventre du malade : on obtient la sensation de fluctuation classique souvent. Mais parfois aussi, comme le cancer forme un gâteau peri-ombilical et adhère à la paroi en même temps qu'aux anses intestinales, la fluctuation bilatérale n'est pas nette.

Si maintenant, en percutant, on recherche cette zone de matité décrivant une courbe à concavité supérieure, le plus souvent on est étonné de trouver, au milieu même de l'abdomen une véritable zone de matité. Quelle en est la cause ? Nous avons vu dans l'anatomie pathologique que les intestins sont généralement adhérents aux fausses membranes et font un seul paquet avec la tumeur. Retenus par les adhérences, ils n'obéissent plus aux lois de la pesanteur et restent fixés au milieu de l'abdomen. A la percussion, ce gâteau central donne de la matité. De plus, même dans le décubitus latéral, il est arrivé qu'à cause des brides cancéreuses qui s'opposent au déplacement du liquide on obtint de la sonorité dans les parties déclives. Ainsi donc les signes de l'ascite ordinaire sont tout à fait bouleversés.

Enfin il nous reste à examiner le liquide de cette ascite : ce liquide est ou bien séreux, ou bien hémorrhagique. Trousseau a beaucoup insisté dans l'épanchement hémorrhagique du péritoine et en faisait un signe pathognomonique du cancer péritonéal.

Cet épanchement reconnaît plusieurs causes : l'inflammation partielle du péritoine, la composition du sang

changée notablement dans le cancer, enfin l'obstruction des branches veineuses portales par le néoplasme.

(b) *Tumeur.* — La tumeur est souvent difficile à reconnaître, soit parce que l'ascite est trop abondante, soit que le néoplasme est en granulations disséminées et non en masse, comme il l'est souvent dans le cas de lymphome.

S'il s'agit d'endothéliome ou de sarcome, nous le savons, nous avons affaire à des tumeurs volumineuses. Donc, veut-on s'assurer de l'existence d'une tumeur, il faut tout d'abord ponctionner le péritoine et vider l'ascite.

On peut à ce moment s'apercevoir que malgré la ponction le ventre reste volumineux.

Si l'on palpe en déprimant la paroi abdominale, on éprouve la sensation d'un corps dur, résistant. Puis on sent une tumeur parfois constituée par un ensemble de nodules très nombreux, irréguliers ou arrondis, parfois formant une seule masse étalée en plaque d'un hypochondre à l'autre ou bombant vers la paroi antérieure.

On peut avec les deux mains, le plus souvent, mobiliser cette tumeur dans tous les sens : on la sent glisser superficiellement sous la paroi ; quelquefois cependant la paroi lui adhère et se mobilise avec elle. Il arrive aussi que la tumeur, la paroi et le paquet intestinal ne forment qu'une masse.

Si on délimite cette tumeur, ordinairement elle arrive à quelques centimètres au-dessous de l'appendice xyphoïde. Son bord inférieur peut descendre jusqu'au dessus du pubis.

Le grand épiploon peut être pris avec le reste du péritoine et alors, à droite le néoplasme présente au toucher une grosse extrémité arrondie, à gauche il s'amincit pour se cacher sous le rebord costal.

À la percussion, nous obtenons de la matité franche, et si l'on dépasse la tumeur au-dessus et au-dessous, on rencontre des zones périphériques de sonorité qui circonscrivent la forme du cancer.

Maintenant, si l'on est en face de lymphomes, on sent

surtout à la partie inférieure de l'abdomen, des noyaux qui, selon l'expression pittoresque de Lancereaux « sont appendus à l'épiploon comme des plombs aux mailles d'un épervier ».

Enfin signalons que le toucher vaginal ou rectal nous fait sentir souvent, dans les culs-de-sac péritonéaux, des prolongements du néoplasme.

c) *Météorisme*. — Dans toutes les observations de cancer primitif du péritoine, on rapporte que le météorisme est constant. Il apparait de très bonne heure, il est le résultat de nombreuses causes qui lui sont communes avec la constipation. Nous citons tout d'abord l'atonie du muscle intestinal et la faiblesse des muscles abdominaux : conséquence de la diminution de l'énergie nerveuse. A cela s'ajoutent deux causes mécaniques : la fixation de l'intestin par les fausses membranes et la diminution du calibre du canal intestinal, diminution causée par la tumeur qui en comprime les parois. Cette compression peut même arriver jusqu'à provoquer une occlusion incomplète et chronique qui aura pour effet de faire dilater suivant des dimensions énormes les anses situées au-dessus du point resserré.

B. DOULEUR. — Niemeyer, dans son *Traité de Pathologie*, au sujet du cancer primitif du péritoine, insiste beaucoup sur la sensibilité du ventre. Il prétend que seule l'ascite du cancer péritonéal est douloureuse. Nous n'irons pas jusqu'à être aussi absolu car nous voyons par les observations, que la douleur peut faire défaut ou peut exister dans une ascite non cancéreuse. Et, en effet, n'existe-t-il pas des périonites chroniques avec épanchement, s'accompagnant de douleurs irradiées ou de douleurs intolérables à la pression ? Mais, quoi qu'il en soit, il nous faut bien admettre que c'est là un symptôme d'une très grande valeur et très fréquent. Que si la douleur manque dans un cas signalé par Bourneville, elle existe toujours dans les observations que nous avons consignées. Evidemment, ce n'est pas toujours cette douleur lancinante dont on avait

fait jadis le signe pathognomonique d'une tumeur cancéreuse. Mais nous verrons que dans l'observation due à l'obligeance de M. Gibert la douleur est très vive et existe par tout le ventre; que dans un cas de Lorreyte elle est sourde et intermittente. que dans un cas de Chuquet, cette douleur est atroce spontanément et s'atténue à la pression. Enfin nous pourrions citer bon nombre de cas où la douleur a pu être très localisée, n'a été qu'une sensation de pesanteur ou de gêne, ou bien encore n'est apparue que dans les fosses iliaques, s'irradiant vers les cuisses.

Nous pouvons conclure que, d'ordinaire, la douleur est peu intense au début, et devient de plus en plus vive vers la fin.

B. — SYMPTOMES ACCESSOIRES. — Indépendamment des signes que nous venons d'examiner, il est un certain nombre d'autres symptômes qui ne passent qu'au deuxième plan que nous appelons *symptômes accessoires*.

(a) **DYSPNÉE.** — L'abdomen étant gonflé, le diaphragme est soulevé et repoussé dans la cage thoracique : cette cavité étant rétrécie, les poumons sont à l'étroit et la respiration se fait difficilement. Le malade est tourmenté d'une dyspnée qui devient de plus en plus intense au fur et à mesure de l'évolution.

Le cœur lui-même aussi est gêné : c'est encore là une nouvelle cause d'essoufflement par le retentissement de la gêne cardiaque sur la circulation pulmonaire.

(b) **TROUBLES DIGESTIFS.** — Ces troubles n'ont aucun caractère spécial.

La langue est sèche, rouge, quelquefois chargée.

L'appétit, parfois, est conservé encore pendant la période d'état, mais, le plus souvent, il y a de l'anorexie.

Le malade peut avoir des vomissements incoercibles, c'est un signe fréquent. Ces vomissements restent toujours alimentaires et bilieux.

Les digestions, quand elles arrivent à se faire, sont

pénibles. Pesanteur à l'épigastre, nausées, pyrosis, congestion de la face, tels sont les signes qui les accompagnent.

Quand nous aurons dit, enfin, que la constipation est opiniâtre, qu'elle peut devenir une cause de météorisme, qu'elle peut entraîner des vomissements fécaloïdes, et enfin qu'elle peut alterner avec une diarrhée profuse, nous aurons signalé tous les troubles digestifs accompagnant le cancer primitif du péritoine.

(c) ŒDÈME DES MEMBRES INFÉRIEURS. — La tumeur a soulevé en avant la paroi extensible de l'abdomen. Elle s'appuie en arrière sur la colonne vertébrale et comprime ainsi la veine cave inférieure. Résultat : la circulation veineuse languit dans les membres inférieurs qui, par suite, s'œdématisent.

Maintenant, il ne faudrait pas confondre cet œdème avec la *phlegmatia alba dolens* qui a été signalée plusieurs fois dans le cancer péritonéal.

(d) NODOSITÉS CANCÉREUSES CUTANÉES. — Dans les observations VI et VIII de la thèse de Lavocat, il est rapporté par M. Besançon l'apparition sur le ventre des malades autour de l'ombilic « *de petites nodosités cutanées, rouges, violacées, dures, du volume d'une grosse lentille.* » Certes ce sont là des signes qui n'ont pas grande valeur au point de vue de la localisation de la tumeur mais qui peuvent nous déceler sa nature.

(e) GANGLIONS. — Enfin, il nous reste à signaler que s'il s'agit d'endothéliomes ou de sarcomes, les ganglions inguinaux sont fréquemment engorgés, les autres ganglions rarement. S'il s'agit de lymphomes, tous les ganglions : carotidiens, axillaires, inguinaux, pré vertébraux, sont dès le début, volumineux, marronnés.

Etat général. — Fin. — La température du malade reste à peu près tout le temps normale.

Il a le teint jaune-paille, il est amaigri, cachectique, et tombe dans le marasme. Il succombe à son épuisement

ou bien est emporté par une complication : soit pneumonie, pleurésie ou péritonite aiguë. En tout l'affection aura duré une à deux années.

Parfois cependant elle évoluera suivant une marche aiguë : en quelques mois, le malade sera cachectique. C'est cette forme que les auteurs appelaient autrefois « la carcinose aiguë du péritoine »

CHAPITRE V

Nous citons ici des observations de chacune des formes du cancer primitif du péritoine.

Observation I.

RICHARD-SCHULZ. — Das Endothelcarcinom. — Arch. der Heilkunde, 1876, t. XVII, p. 16.

Il s'agit d'une femme de 59 ans, Jeanne P.... La malade a toujours été bien portante auparavant ; elle a été mariée deux fois, sans enfants. Sa menstruation, toujours régulière, a cessé depuis dix ans.

Depuis Pâques 1874, la malade remarqua des douleurs térébrantes dans l'abdomen, et environ quatre semaines avant la Pentecôte, une enflure du ventre et de la tuméfaction des os. La malade se sentit depuis toujours affaiblie, mais elle avait de l'appétit ; elle ne pouvait cependant toujours prendre que peu d'aliments, à cause de la pesanteur qu'elle éprouvait dans le ventre.

Depuis la Pentecôte, la malade est au lit, les douleurs ont toujours été continuelles, mais avec des exaspérations après les repas.

La tumeur des os diminua sous le traitement médical ; cependant, la faiblesse augmenta toujours et la perte de forces devint si apparente que la malade se laissa amener à l'hôpital.

Les garde-robes sont toujours régulières, bien que parfois mêlées d'un peu de sang. De temps à autre, la malade se plaint de douleurs de tête et de brûlure en urinant. La malade accuse une grande faiblesse, des douleurs lancinantes dans l'abdomen, principalement du côté droit, une tension dans le ventre, une dyspnée modérée et de l'impossibilité à prendre de la nourriture.

Etat présent le 3 décembre 1874 ; température, 36°8 ; pouls, 92 ; assez petit, dur ; respiration, 20.

Corps de taille moyenne, d'un squelette assez fort, musculature mauvaise, atrophiée, pannicule adipeux presque nul, peau sèche, un peu écailleuse, de couleur gris-pâle, cheveux pour la plupart encore bruns, entremêlés de quelques cheveux blancs. Visage pâle avec des varicosités, ridé, exprimant la souffrance. Yeux normaux, lèvres pâles, légèrement cyanosées, langue non chargée, cou amaigri, glandes très accessibles, ganglions du cou non augmentés de volume.

Thorax de longueur et de profondeur moyennes. A la percussion et à l'auscultation rien d'anormal.

Le ventre est fort, assez rondement allongé, sillonné de grosses veines et de varicosités. La mensuration au-dessus du nombril donne 93 c^m. 5, la distance de l'appendice xyphoïde à l'ombilic est de 15 centimètres, celle de l'ombilic au pubis est de 17 centimètres. La cavité abdominale contient un épanchement ascitique dont la fluctuation est nettement sentie et dont la zone de matité est limitée en haut par une courbe concave, remontant à 3 centimètres au-dessous de l'ombilic.

A la palpation, on sent dans le côté droit, au-dessus de l'épine iliaque antéro-supérieure, un corps résistant, s'étendant jusqu'à 8 centimètres de l'épine iliaque et 14 centimètres de l'ombilic. La largeur de ce corps, de haut en bas, mesure 3 à 4 centimètres ; sa longueur est de 10 centimètres. La partie antérieure, qui mesure 4 centimètres de diamètre, est nettement divisée en deux lobes par une échancrure ; la partie supérieure est lisse au toucher. La tumeur ne se déplace pas avec les mouvements respiratoires. Elle n'adhère pas à la peau. Tout l'espace occupé par la tumeur est mat à la percussion. La face, qui ne dépasse pas le rebord costal, est séparée du bord supérieur de la tumeur par une zone de sonorité éclatante.

Les ganglions inguinaux des deux côtés sont légèrement augmentés de volume. Varicosités aux membres inférieurs. Œdème péri-malléolaire.

L'utérus de volume et de consistance normaux, mobile, est séparé de la tumeur par un sillon nettement accentué.

La marche ultérieure de l'affection doit suivre brièvement.

Par l'emploi de la morphine, les douleurs abdominales cessèrent et le malade put prendre davantage de nourriture. De temps à autres, eurent lieu de rares garde-robes mêlées de sang, deux fois une selle de sang pur. L'ascite, et la dyspnée, qui en résultait, augmentèrent encore ; le 20 octobre on fit

une ponction de 5.300 centimètres cubes d'un liquide séro-sanguinolent. Après cette ponction, on sentit dans le côté droit, au-dessus de la crête iliaque, une résistance bosselée, sans délimiter nettement la tumeur. L'ascite se reforma; l'urine contient de l'albumine.

Douleurs augmentèrent. La malade ne put prendre que peu de nourriture. Dyspnée augmente. Hydrothorax double peu abondant. Aspect général de la cachexie cancéreuse.

Le 14 Novembre, la dyspnée étant extrême, on fit une nouvelle ponction qui donna issue à 5,000 centimètres cubes d'un liquide hémorrhagique. La mort survint le 15 Novembre 1874. L'affection ne s'était pas un seul jour accompagnée de fièvre.

Autopsie. — A l'ouverture du ventre, il s'écoula environ 2 litres d'un liquide citrin légèrement teinté de sang. Entre les anses intestinales non agglutinées et dans le petit bassin, on trouve des caillots fibrineux, mous; en quelques points de petites portions d'anses intestinales sont agglutinées.

Foie adhérent à la paroi abdominale et au diaphragme. *Le feuillet pariétal du péritoine est transformé dans son épaisseur en une membrane de 1^{mm} à 1^{mm} 5 d'épaisseur*, rigide, blanche, brillante, dont la partie supérieure est par places relativement lisse, et qui, en d'autres endroits, est réticulée; elle est, sur une grande étendue, pauvre en vaisseaux. *La plus grande épaisseur que présente le péritoine est à la face inférieure du diaphragme et au tiers inférieur de la paroi abdominale antérieure*, immédiatement au-dessus de la symphise. *Le grand épiploon est transformé en une corde grossièrement bosselée, ayant une direction transversale, large de deux travers de doigt et d'une épaisseur de 1 centimètre*; dans laquelle aucune trace de l'épiploon normal n'est plus visible. Celui-ci a plutôt l'apparence de la masse homogène, immobile, blanche et luisante de la tumeur comme le feuillet pariétal; de sa partie supérieure part un pont vasculaire d'un petit travers de doigt, qui se dirige en haut vers la petite courbure de l'estomac. L'estomac est petit, sa séreuse, comme celle de l'intestin grêle, est recouverte de nodosités en nombre indéterminé, petites, de la grosseur d'un pois, luisantes et dures. Dans certains points, plusieurs d'entre elles sont confluentes et forment des condylomes pointus semblables à des excroissances.

Le mésentère de l'intestin grêle est également recouvert de ces nodosités. Les ganglions mésentériques sont peu tumé-

fiés, de consistance molle, non congestionnés. Les ganglions rétro-péritonéaux ont ce même aspect.

Le péritoine et les organes du petit bassin sont aussi recouverts de nodosités cancéreuses et disséminées. Les trompes dilatées ont à peu près le volume du pouce.

Foie de volume normal, uni à la paroi abdominale et au diaphragme par des néo-membranes fibrineuses. La capsule est rugueuse, épaissie en un seul point par une ancienne prolifération de tissu conjonctif, sans infiltration cancéreuse. Tissu hépatique normal. La vésicule biliaire contient environ 30 calculs friables.

Rate petite, anémiée. Capsule épaissie de 1 millimètre, parenchyme riche en tissu conjonctif, sans altérations notables.

Reins normaux, se décortiquant facilement.

Cavités pleurales contiennent des deux côtés environ un litre de liquide incolore ; les plèvres costale et diaphragmatique sont recouvertes de nombreuses petites nodosités et excroissances condylomateuses. Plèvre médiastine épaissie. Des deux côtés, sont appendues aux bords libres du lobe pulmonaire inférieur des nodosités cancéreuses de la grosseur d'un tout petit pois, formant comme un collier de perles. La base du lobe inférieur porte quelques noyaux semblables. Œdème des deux lobes inférieurs. Les lobes supérieurs sont normaux.

Cœur de volume normal. Le feuillet pariétal du péricarde contient en petit nombre des noyaux cancéreux analogues à ceux de la plèvre. Ventricule droit très légèrement dilaté.

Méninges et cerveau normaux.

Au microscope, ces tumeurs se montrent constituées par des cellules volumineuses, arrondies, fusiformes ou polyédriques, diversement disposées suivant le degré de l'affection.

Dans les points où celle-ci débute, on trouve des cellules manifestement endothéliales, gonflées et situées dans les vaisseaux et les espaces lymphatiques qu'elles distendent. En d'autres points, ces éléments forment des amas nettement délimités. A une période plus avancée, ces amas cellulaires deviennent plus nombreux, se rapprochent, tendent à se réunir, de telle sorte qu'ils ne sont bientôt plus séparés que par de minces cloisons de tissu conjonctif ; la néoplasie ressemble alors à un cancer épithélial. Enfin, ces cloisons

s'atrophient, les cellules endothéliales sont mises en rapport les unes avec les autres et, n'étant plus suffisamment nourries, elles s'altèrent et se nécrosent. Toutefois dans certains cas, il y a lieu de croire que ces éléments peuvent subir une dégénérescence gélatineuse et simuler un cancer colloïde du péritoine.

Observation II

(Due à l'obligeance de M. GIBERT,
chef de clinique médicale à la Faculté de Montpellier)

Le 15 septembre 1899, entré à la salle Achard-Espéronnier, une nommée Guillaume F..., âgée de 70 ans, se plaignant de graves douleurs de ventre.

C'est une femme très amaigrie, quasi-squelettique, à teint jaune-paille.

Il y a deux ans et demi, au milieu d'une santé suffisante pour son grand âge, elle s'est aperçue que son ventre et ses jambes enflaient. Bientôt après éclatèrent de très vives douleurs qui, depuis lors, n'ont jamais cessé et lui enlèvent tout repos.

A part cela, les symptômes qu'elle accuse sont surtout d'ordre digestif. Son estomac est devenu intolérant pour toute espèce d'aliment, mais elle assure que ses vomissements n'ont jamais contenu de matières sanguinolentes ; ils sont, d'habitude, acides et amers. Un hoquet fréquent vient encore apporter un nouvel ennui.

Les garde-robes sont rares, dures, jamais diarrhéiques, jamais méloéniques.

A l'examen-direct, on trouve le ventre ballonné et dur, douloureux partout, saillant au niveau de l'hypochondre et du flanc gauches. On sent, au palper, un plastron abdominal irrégulier et multilobé, dessinant vaguement le tablier épiploïque, immobile et de consistance ligneuse, donnant à la percussion, de la submatité en tous ses points et nulle part de la matité complète.

Le foie et la rate sont normaux. Ces organes sont séparés de la tumeur par un sillon de sonorité.

L'abdomen ne renferme pas d'ascite en quantité appréciable.

Il existe des ganglions durs et nombreux au niveau des deux aines et de l'aisselle gauche.

La patiente se plaint de toux et d'essoufflement. Son thorax est normal à tous les modes d'exploration. La dyspnée paraît tenir exclusivement au développement très considérable de la masse abdominale et au refoulement du diaphragme.

Le cœur bat faiblement, sans énergie.

Les urines sont rares, épaisses, rouges; elles ne contiennent aucun élément anormal. L'interrogatoire ne décèle, du reste, aucun symptôme de brightisme : ni céphalée, ni crampes, ni troubles de la vue.

L'enflure légère qu'elle présente au niveau des pieds est plutôt d'origine cachectique. Il n'y a point d'œdème ailleurs, ni à la face ni aux mains.

Son hérédité n'offre rien à noter. Personnellement, elle n'a eu comme affection qu'une sciatique. La ménopause est survenue à l'âge de 40 ans. La constipation opiniâtre a été son régime intestinal habituel.

En somme, le diagnostic clinique s'appuyant sur la présence d'une tumeur douloureuse de l'abdomen, sur l'amaigrissement rapide, sur l'existence de ganglions en différents points, sur le passé pathologique presque intact de cette malade, le diagnostic porté fut : *Cancer du péritoine*.

D'autre part, étant donnée l'absence d'hématémèse et de mélœna, on pouvait préciser davantage et penser que l'intolérance gastrique venait simplement du voisinage irritant de la tumeur, sans participation au parenchyme stomacal, et on penchait à dire : *Cancer primitif du péritoine*.

Le pronostic, au moment de l'examen, était déjà fatal et rapidement fatal.

Le traitement fut purement symptomatique : on fit appliquer sur l'abdomen du collodion riciné pour essayer d'immobiliser les viscères et de diminuer la douleur; on administra à l'intérieur une potion à la morphine et à la belladone. Rien de tout cela n'eut de prise sur cette malheureuse. Elle mourut dix jours après, dans des souffrances atroces, sans avoir pu supporter la moindre parcelle d'aliment.

Voici le protocole de son autopsie, réalisée 36 heures après la mort : Cadavre très émacié. Œdème des membres inférieurs prédominant à droite.

À l'ouverture du ventre on se trouve en présence d'une masse volumineuse, un peu lobulée, de couleur ardoisée,

adhérente à la paroi abdominale, surtout du côté droit. Quand on veut dissocier la tumeur, on arrive assez facilement à détacher de la masse intestinale le grand épiploon très épaissi (un centimètre environ) ; il existe, en effet, entre le péritoine et l'intestin une couche de fibrine d'épaisseur variable selon les endroits. A droite, l'exsudat est organisé, fibreux, et il est impossible de détacher le tablier épiploïque des masses sous-jacentes. A l'incision, le grand épiploon apparaît comme constitué par un tissu dense, d'apparence fibroïde, résultat d'une longue inflammation, et truffé de noyaux cancéreux en voie de ramollissement ; ascite séreuse légère. La cavité gastrique qu'on aborde par l'œsophage, est réduite au volume d'une petite orange. L'estomac pas plus que le pylore n'offre de lésion.

A partir du pylore, il est impossible de poursuivre l'étude de l'intestin dans sa longueur. Il est mastiqué par les traînées cancéreuses qui l'enveloppent et en font une masse unique adhérente elle-même à la paroi abdominale postérieure. On pratique de larges coupes en tous sens dans cette masse et on constate que la tumeur principale, formée d'un tissu blanchâtre, dur et lardacé, partie de l'insertion mésentérique, s'épanouit dans les feuillets du mésentère et entoure l'intestin sans le pénétrer, semble-t-il, en aucun point. La masse totale de cet énorme encéphaloïde a la dimension d'une tête d'adulte.

Bien que des adhérences nombreuses existent entre cette tumeur et les viscères voisins, elle n'est point en continuité de tissus avec ces viscères.

Les organes génitaux absolument atrophiés sont indépendants.

Le foie, adhérent au diaphragme et à l'intestin, ne présente aucune lésion cancéreuse ni à sa surface, ni dans sa profondeur.

La rate, entourée d'une gangue inflammatoire extrêmement épaissie, est petite, scléreuse, et présente, partant du hile, une masse cancéreuse irrégulière, qui se déploie en éventail dans l'intérieur du parenchyme, mais n'arrive pas jusqu'à la capsule fibreuse de l'organe.

Les reins, de volume normal, ont également besoin d'être sculptés dans la masse inflammatoire qui les entoure. Leur coupe est normale. Le rein gauche présente un gros kyste séreux à sa surface.

Les poumons et le cœur sont normaux.

En somme l'autopsie démontre un double processus d'infiltration cancéreuse du mésentère et d'inflammation banale du péritoine.

..

L'intérêt de ce cas vient de la rapidité très grande de l'évolution, puisque, en deux mois cette malade a été emportée, des réactions péritonéales intenses se traduisant au point de vue symptomatique par des vomissements incoercibles et par des douleurs très vives, s'exprimant anatomiquement par des lames épaisses de péritonite chronique englobant en une masse unique tous les viscères de l'abdomen. Péritonite en processus évolutif du reste, puisque, en plusieurs points, des couches de fibrine et de fausses membranes récentes marquent la phase aiguë de l'inflammation séreuse.

Il n'est pas moins intéressant et curieux de considérer cette masse cancéreuse énorme s'infiltrant à travers les anses intestinales, adhérente au foie, à l'estomac, à tous les viscères, faisant corps avec tous et n'en entamant aucun.

Le cas démontrerait, s'il en était besoin, que les symptômes tels que nausées, vomissements, intolérance gastrique complète, peuvent relever aussi bien d'une affection de la séreuse voisine de l'estomac que d'une atteinte directe de l'organe lui-même.

Du reste, l'absence d'hématémèse et de mélæna pendant la vie donnaient à supposer que le tube digestif n'était pas intéressé par la néoplasie.

L'ascite, très peu abondante, n'affectait pas le caractère hémorragique habituel aux carcinomes péritonéaux, ce qui s'explique assez bien par une espèce d'enkystement du néoplasme dans le péritoine épaissi.

L'examen histologique n'a pu se faire, mais nous pensons par la description de cette tumeur en masse, volumineuse que c'était un sarcome primitif.

Observation III

(Observation XV de Camus)

Femme R..., 38 ans, entre le 28 octobre 1891 à l'Hospice général de Tours, dans le service de M. le Docteur Duclos, salle 15, lit 14.

On constate l'existence d'une tumeur siégeant au niveau de l'hypochondre gauche et du flanc gauche, s'étendant jusqu'à l'ombilic, tumeur volumineuse, nettement bosselée, présentant des points fluctuants et des parties indurées.

Diaphragme refoulé. Cœur battant haut. Le choc des oreillettes se produit au niveau de la fourchette sternale.

L'interrogatoire apprend que la malade a remarqué pour la première fois cette tumeur dans les premiers jours de juillet. Du 28 octobre 1891, date de l'entrée à l'hospice, jusque vers les premiers jours de décembre, le volume de la tumeur augmente progressivement. A ce moment, la malade est profondément amaigrie et dans une cachexie extrême qui amène sa mort le 8 décembre 1891.

L'évolution de la tumeur a duré cinq mois environ.

Autopsie. — Thorax : Poumons sains. Cœur refoulé en haut sous le sternum. Pas de liquide dans la plèvre.

Abdomen : Constatacion d'une tumeur occupant surtout la partie gauche de la cavité abdominale, s'étendant au delà de la ligne médiane vers l'hypocondre droit.

Pas d'adhérences avec le péritoine pariétal. Pas d'ascite.

Foie, reins, rate, pancréas normaux.

Estomac appliqué à la face antérieure de la tumeur, légèrement dilaté. Intestins sains.

Ganglions mésentériques engorgés.

Noyau sarcomateux sur la partie latérale gauche du cou, entre le pneumogastrique, la carotide primitive et la veine jugulaire interne.

On ne retrouve dans la cavité abdominale que quelques lambeaux du grand épiploon, congestionnés et présentant des taches ecchymotiques noirâtres.

A la coupe, la tumeur paraît constituée par une substance pulpeuse, blanchâtre, molle, demi-liquide. Elle présente des cavités remplies d'un liquide clair, filant. La surface porte de nombreux nodules kystiques remplis de ce même liquide. Certaines parties se présentent sous forme de noyaux plus durs, d'où l'aspect bosselé de la tumeur qui est de nature sarcomateuse.

Le noyau cervical secondaire présente les mêmes caractères anatomiques.

Observation IV

(Observation IV, de Lavocat, Présentée à la Société Anatomique
Novembre 1891).

Il s'agit d'une femme de 74 ans, entrée à l'infirmerie pour des phénomènes de péritonite, douleur, fièvre, vomissements porracés, constipation.

Le ventre ballonné ne permet pas au début le palper,

Les phénomènes de péritonite s'amendant, on trouve au palper : Une masse inégale, étalée en plaque, étendue transversalement d'un hypocondre à l'autre, plus à droite qu'à gauche. Cette masse est mobile, excepté au niveau de l'ombilic où elle s'arrête et semble adhérer.

Il n'y a pas d'ascite.

On peut glisser les doigts entre la tumeur et les fausses côtes droites, ce qui permet d'éliminer le diagnostic de tumeur du foie. A cause de la forme, on diagnostique : tumeur du grand épiploon.

Les vomissements reprennent bientôt ; la malade se cachectise et meurt.

A l'autopsie, on ne trouve rien aux poumons, à la rate, reins, utérus, ovaires, estomac, etc.

Seul, le péritoine pariétal et viscéral est semé de granulations cancéreuse ; il n'y a pas d'ascite mais un peu de sérosité louche et quelques fausses membranes accolant les anses intestinales.

Dans la région ombilicale on voit une grosse tumeur étalée en plaque ; cette tumeur laisse voir au-dessus d'elle l'estomac et, au-dessous, les intestins.

En la disséquant, on voit qu'elle part de la grande courbure de l'estomac pour aboutir à l'arc transverse du colon.

Nulle part elle ne fait saillie dans la cavité de l'estomac ou de l'intestin ; mais sur la face inférieure de l'estomac le feuillet péritonéal est envahi par la tumeur qui a gagné l'épiploon gastro-hépatique et le ganglion du hile du foie.

Examen histologique : on trouve de grands alvéoles remplis de cellules sphériques et séparés par du tissu fibreux.

Observation V.

(Citée par Lorreyte)

Femme 39 ans. Début il y a deux mois par des douleurs dans la région abdominale, à gauche de l'ombilic, intermittentes, sourdes d'abord, mais dont l'intensité n'a fait que s'accroître.

Quelques jours plus tard, le ventre grossit d'importance

Deux ponctions donnent issue à 3 litres de liquide rougeâtre,

Les règles sont supprimées depuis deux mois

Ascite volumineuse. Peau de l'abdomen distendue, vergetures, taches ecchymotiques circulaires. « On sent des noyaux » durs occupant la cavité abdominale ; queques-uns paraissent superficiels, contigus à la paroi, tandis que d'autres en sont séparés par une couche de liquide. Toute la région hypogastrique donne à la main la sensation d'un gâteau volumineux qui remonte vers l'ombilic en se dirigeant sur tout vers le côté gauche pour aller se perdre en haut sous le rebord costal du même côté. » Par le toucher vaginal. l'utérus est presque immobile. Mort au bout de quatre jours.

A l'autopsie, intestins adhérents, liquide rougeâtre dans le péritoine. Gâteau volumineux formé par l'épiploon dégénéré Champignon volumineux autour de l'utérus. Aucune altération de la trame des viscères : *Encéphaloïde*.

Observation VI.

(Chuquet. — Obs. résumée et tirée de l'Atlas anat. pathol. de Cruveilhier (37^e liv.)

Femme C..., 77 ans, entrée à l'Hôpital le 1^{er} août 1838, a reçu il y a trois mois un coup dans l'abdomen. Depuis quinze jours seulement, dévoiement, météorisme, douleur atroce dans le ventre, n'augmentant pas à la pression ; légère réaction fébrile. On ne perçoit par la palpation qu'une sorte d'empatement de l'abdomen. Le 6 août, la malade n'était pas plus mal que le jour de son entrée. Le lendemain matin, mort sans agonie.

A l'autopsie, 1 litre de sérosité dans la cavité péritonéale.

L'épiploon est ratatiné et cancéreux, rempli de suc crémeux. Les autres épiploons et le reste du péritoine renferment des granulations cancéreuses. *Tous les viscères étaient sains.*

La mort est attribuée à un œdème pulmonaire subit.

Observation VII

(**Lymphome généralisé.** Camus, Observation III)

X... Adolphe, 25 ans, est admis à l'hôpital Saint-Antoine, le 29 novembre 1871.

Homme robuste, sans antécédents pathologiques, il a été cultivateur en Savoie ; depuis quelque temps il est manoeuvre à Paris. Il y a deux mois, il fut pris d'un œdème des bourses qui a gagné la région hypogastrique et s'est peu à peu généralisé. Le 20 décembre, un épanchement pleural survient dans le côté droit ; 1,200 grammes d'urine sont rendus dans les 24 heures : anasarque persistante depuis quinze jours, régime lacté. Le 31 décembre, soif vive, demi-litre d'urine. Le 5 janvier, deux purgatifs amènent une légère diminution du ballonnement du ventre. Le 6, genoux et extrémités violacés ; la peau est semée de taches rougeâtres, celle des bourses et de la verge offre une coloration rouge vif ; l'œdème du ventre augmente, celui des membres inférieurs est dur ; rien aux membres supérieurs ; toux sèche ; rien au cœur ; inappétence et coliques après le repas ; légère bouffissure de la face. T. 37°,1.

Le 12 janvier. l'anasarque s'accroît, l'urine diminue ; diète lactée ; l'épanchement pleural augmente ; respiration à type costo-supérieur ; pouls à 108, faible, irrégulier. Le 19, dyspnée très intense, pouls fréquent. Le 20, pas de miction, purgatif et friction avec l'huile de croton qui ne donne qu'une légère éruption sans exsudation. Le 21, pouls à 108 ; dyspnée considérable ; demi-litre d'urine dont la densité est 1.031. Le 25, érythème sur la cuisse droite ; l'épanchement pleurétique augmente ; demi-litre d'urine ; mouchetures sur l'abdomen donnant peu de sérosité. Le 28, la dyspnée s'accroît et la mort survient.

Autopsie. — (Voir page 18).

CHAPITRE VI

Diagnostic

Le diagnostic du cancer primitif du péritoine présente de grandes difficultés. Comme nous l'avons déjà dit, en effet, cette affection se manifeste par des symptômes banaux, infidèles, ou plutôt communs à bon nombre d'affections.

Aussi ce ne sera qu'à la longue qu'on pourra affirmer l'existence d'un cancer et encore on se trompera souvent.

C'est ainsi que l'on peut citer des observations où le cancer fut une surprise d'autopsie.

Cependant nous essaierons ici de comparer les symptômes de cette affection avec les symptômes de celles qui lui ressemblent.

Nous tâcherons d'en saisir les différences vagues ; ce seront nos éléments de diagnostic.

Nous devons nous poser quatre questions en face de notre malade atteint de cancer primitif péritonéal.

- 1° Y a-t-il tumeur ?
- 2° Quel est l'organe atteint ?
- 3° Quelle est la nature de la tumeur ?
- 4° Quelle est la variété du cancer ?

1. — Y a-t-il tumeur ?

Les signes de la tumeur sont souvent peu nets à cause de l'ascite abondante, rarement absente dans les affections cancéreuses. Quelquefois le ventre est globuleux malgré l'épanchement ; mais généralement l'abdomen est étalé et l'idée de tumeur peut ne pas venir à l'esprit.

Mais l'ascite cancéreuse, nous le savons, présente deux particularités à la percussion ; d'abord la zone de matité à conca-

tivité supérieure, le plus souvent n'existe pas (nous en avons l'explication), de plus en faisant mettre le malade dans le décubitus latéral, on a de la sonorité dans les parties déclives, à cause des adhérences qui brident le liquide au centre.

Mais ces deux points spéciaux de l'ascite cancéreuse ne sont pas constants; aussi, en présence de l'ascite nous penserons à trois affections :

(a) *Cirrhose atrophique*. — Le malade est généralement un alcoolique; son affection a débuté par des troubles digestifs. Son ventre a augmenté de volume. Son teint n'est pas jaune paille, mais plutôt terreux; ses urines sont rouge brique. Enfin s'il y a peu d'ascite, on trouve le foie et la rate tout petits.

(b) *Ascite cardiaque*. — Le diagnostic est facile : l'ascite a été précédée par l'œdème des membres inférieurs et puis, à l'auscultation du cœur nous avons des signes certains.

(c) *Ascite brightique*. — Nous n'insisterons pas sur cette maladie : elle a un ensemble symptomatique qui ne trompe pas. Disons seulement que chez le brightique l'ascite est un signe ultime.

Mais nous ponctionnons, nous vidons l'épanchement : à la palpation nous sentons très bien une tumeur.

2. — Quel est l'organe atteint ?

(a) *Paroi*. — Cette tumeur appartient-elle à la paroi ou à la cavité abdominale ? A ce sujet, Tillaux s'exprime ainsi : « Dans les deux cas, la tumeur cesse d'être perçue par l'œil et par la main; lorsqu'on met les muscles de la paroi en état de contraction, ce qui, en général, est un bon signe de diagnostic entre les tumeurs pariétales et cavitaires. Le seul signe différentiel est tiré de la mobilité de la tumeur : si cette dernière éprouve des mouvements de locomotion en rapport avec l'acte respiratoire, si on la déplace facilement avec la main en la portant de divers côtés, il est très probable qu'elle est cavitaire. »

Et si, maintenant, la tumeur est cavitaire et adhérente à la paroi, le diagnostic devient excessivement difficile.

Mais notre tumeur est mobile : elle est cavitaire.
Sur quel organe s'est-elle portée ?

(b) — *Estomac*. — Il est des tumeurs épithéliales de l'estomac qui peu à peu s'étendent au foie et simulent alors très bien une tumeur du grand épiploon, mais on diagnostique quand même tumeur stomacale, à cause de la rareté du cancer péritonéal,

En revanche, si nous n'avons pas d'hématémèse, si le suc gastrique est normal, nous concluons à la tumeur péritonéale.

(c) — *Foie*. — Ce sera facile de reconnaître que le foie est indemne : s'il y avait tumeur, la matité de celle-ci se continuerait avec celle de l'organe. Dans la tumeur péritonéale, au-dessus de la matité anormale, le plus souvent il y a une zone de sonorité ; quelquefois on peut même passer la main sous le rebord costal, sous le foie, séparant ainsi cet organe de la tumeur péritonéale.

(d) — *Rate*. — Le diagnostic est ici très ardu : dans le cas de tumeur épiploïque, souvent une languette de tumeur se glisse sous le rebord costal gauche, il n'y a pas de zone libre entre le viscère et la tumeur. Cependant, ajoutons que généralement une tumeur de la rate laisse à ce viscère sa forme normale ; il est seulement hypertrophié et, par suite, n'a pas la forme en plaque de la tumeur péritonéale.

(e) *Ovaires et utérus*. — Si la tumeur péritonéale ne se localise qu'au grand épiploon le diagnostic est simple : il y a zone libre entre le bord inférieur de la tumeur et le détroit supérieur du bassin.

Mais souvent celle-ci s'étend jusqu'au péritoine pelvien, et alors on peut penser à un kyste de l'ovaire ou à un fibrome utérin.

Nous ferons le toucher vaginal qui nous apprendra si les culs-de-sac sont libres, auquel cas, la tumeur n'est ni utérine ni annexielle.

Si donc la tumeur ne s'est pas développée aux dépens des viscères abdominaux ou pelviens, elle appartient à la séreuse qui les enveloppe. C'est une affection péritonéale.

3. — Quelle est la nature de la tumeur ?

Nous songeons aussitôt à trois sortes de tumeurs : tubercules, tumeurs bénignes, tumeurs malignes.

(a) *Tubercules.* — Nous savons que dans la tuberculose du péritoine on constate souvent des fausses membranes épaisses, grisâtres, accumulées en plusieurs masses volumineuses cachées par l'ascite ; ces tubercules peuvent donner l'illusion d'un tumeur cancéreuse.

Le diagnostic sera souvent difficile, mais pourtant l'état général est ici moins rapidement mauvais ; et il s'accompagne de réaction fébrile. De plus les porteurs de péritonite tuberculeuse sont fréquemment aussi porteurs de lésions pulmonaires ou intestinales.

(b) *Tumeurs bénignes.* — Dans le péritoine, le lipome surtout se développe fréquemment. Le diagnostic est assez simple : ces tumeurs évoluent très lentement sans occasionner de troubles (on en a trouvé souvent à l'autopsie) si ce n'est des troubles mécaniques.

(c) *Tumeurs malignes.* — Mais nous sommes en présence d'un malade qui a une tumeur du péritoine accompagnée de tous les signes que nous avons relatés dans nos observations : ascite, tumeur, douleur, dyspnée, œdème des membres inférieurs, état général progressant vers la cachexie. Diagnostic : cancer primitif du péritoine.

4. — Quelle est la variété du Cancer ?

Le diagnostic de la nature de ce cancer n'est jamais aisé. Il se fera souvent par le microscope.

Mais, ce diagnostic de variété nous importe peu au point de vue clinique et pronostic. Cependant, nous pouvons dire que :

Ce sera un endothéliome quand le malade, âgé, aura une ascite très abondante, souvent hémorrhagique, une dyspnée menaçante ; quand, après la ponction, on sentira un péritoine épaissi et une tumeur constituée de nodosités multiples agminées.

Ce sera un lymphome quand le malade « enfant ou adolescent », présentera de l'ascite, de la dyspnée, une douleur excessive, quand on sentira des nodosités disséminées ou agminées, et que les ganglions de l'organisme auront presque tous dégénéré en lymphomes.

Ce sera un sarcome quand nous aurons affaire à un malade âgé, présentant les signes du cancer péritonéal réunis, et sa tumeur sera énorme, pouvant atteindre 15 kilogr.

Nous concluons que le diagnostic du cancer est peu aisé, et nous disons comme Marquis : « Dans ce diagnostic il faut invoquer souvent ce qu'on appelle le coup-d'œil qui fait pour ainsi dire, deviner, sans que l'esprit puisse définir nettement les raisons qui déterminent le jugement. »

CHAPITRE VII

Cancer pseudo-primitif du péritoine

Nous avons cru bon d'ajouter à notre travail certains cas de cancer primitif d'un caractère tout spécial. Ceci est destiné à démontrer que si parfois le microscope nous décèle des cellules épithéliales dans une tumeur péritonéale, nous ne pensions pas pour cela que la séreuse abdominale puisse être frappée d'épithélioma primitif.

En effet, nous l'avons déjà avancé, l'épithéliome ou le carcinome du péritoine évoluent cliniquement tout comme les tumeurs malignes que nous avons étudiées ; mais ils ne se développent jamais primitivement aux dépens, soit de l'endothélium, soit du tissu conjonctivo-vasculaire. Nous pouvons dire donc qu'une tumeur épithéliale du péritoine est toujours consécutive à une tumeur épithéliale d'un organe.

Ici nous pourrions signaler de nombreux cas où, à la vue seule de la séreuse et de la tumeur, on pouvait diagnostiquer épithélioma primitif. Mais si on examinait ensuite les organes, on trouvait un point épithéliomateux latent au niveau du cardia ou sur l'ovaire. On rectifiait : épithélioma secondaire. Cependant, nous répondra-t-on, il existe des épithéliomas du péritoine alors que tous les organes bien étudiés sont trouvés sains.

Nous devons savoir que pendant la vie intra-utérine, au moment où les séreuses se développent aux dépens du mésoderme, elles entourent l'entoderme qui donnera l'intestin. Pendant que se produit cet enveloppement, il est possible qu'un pli entodermique se laisse enserrer dans le feuillet mésodermique : il y aura là inclusion d'intestin embryonnaire.

Plus tard, à l'âge adulte, sous une influence inconnue, ce noyau d'épithélium intestinal, perdu dans la séreuse, prolifère, et se transforme en une tumeur épithéliale. C'est ce que Guicciardi essaie d'établir par son observation qui suit :

Observation VIII

(Guicciardi. — Société Médico chirurgicale de Modène 1897)

La maladie qui dura 8 mois avait débuté chez un homme de 59 ans, grand buveur d'alcool.

Les principaux symptômes furent : ascite hémorragique qui ne se reproduisait qu'à-sez lentement ; rate grosse, troubles intestinaux avec constipation ; diminution de l'urée et présence d'urobiline abondante dans l'urine ; quelques nodules perceptibles ça et là à la palpation de l'abdomen.

A l'autopsie, tout l'abdomen est rempli d'une gélatine jaunâtre, riche en vaisseaux, envahissant tout le péritoine, encapsulant les viscères, notamment la rate et le foie qui n'est pas cirrhotique.

A l'examen microscopique, on constate dans les parties jeunes du néoplasme, des amas de cellules épithéliales occupant les alvéoles d'un réseau fibrillaire. En des points plus âgés, ces amas de cellules épithéliales dégénéraient peu à peu jusqu'à subir la transformation complète en substance gélatineuse. Comme les autres organes étaient sains, il s'agissait nécessairement d'une néoplasie primitive du péritoine.

Il est à penser que des tumeurs de cette nature ont pour origine des inclusions de l'intestin embryonnaire.

Donc, nous concluons que des deux sortes d'hépatéliomas précités. l'un n'est primitif qu'en apparence, et l'autre est primitif dans l'intestin embryonnaire, mais secondaire dans le péritoine. Nous les appellerons des *cancers péritonéaux pseudo-primitifs*.

CHAPITRE VIII

Pronostic-Traitement

Il serait dérisoire d'insister sur le chapitre qui porte le nom de Traitement quand il s'agit d'une tumeur cancéreuse du péritoine.

Le cancer primitif du péritoine est fatal. La maladie avance sans cesse de jour en jour. On n'a pas même l'espoir d'une rémission, même légère.

Le traitement est bien réduit. On a signalé diverses médications. Marquis a rapporté que Hardy croyant avoir affaire à un kyste, injecta par hasard dans le péritoine une solution iodée après une ponction : L'ascite ne s'était plus reproduite. C'était peu obtenir, le malade mourait quelques jours après. Nous avons tenu quand même à indiquer ce cas intéressant.

Comme on sait que l'issue de la lutte est marquée d'avance, le plus souvent on soutient les forces du malade, on arrête ses vomissements, sa diarrhée, on excite son appétit, enfin on calme sa douleur. Si la dyspnée est trop excessive, la ponction de l'ascite apporte une légère amélioration.

CONCLUSIONS

Nous tirons de notre travail les conclusions suivantes :

1° L'épithélioma et le carcinome ne peuvent se développer primitivement dans le péritoine.

2° Les tumeurs malignes primitives qui peuvent affecter la séreuse abdominale et que nous nommerons du nom générique de cancer sont : des endothéliomes, des sarcomes, des lymphomes.

3° Ces cancers primitifs sont caractérisés, cliniquement surtout, par la triade symptomatique : *Ascite, Tumeur, Douleur*, accompagnée de symptômes accessoires comme météorisme intestinal : dyspnée, œdème des membres inférieurs, etc.

4° Le diagnostic en est très difficile étant donné que les symptômes de cette affection sont banaux et communs à bon nombre d'affections abdominales. On le fait surtout par exclusion.

5° Il est des cas où le microscope décèle parfaitement dans une tumeur maligne primitive du péritoine des cellules épithéliales. C'est alors que l'épithélioma s'est développé secondairement à un point épithéliomateux latent d'un organe abdominal ou pelvien ; ou bien, c'est qu'il y a eu dans le péritoine inclusion d'une portion d'intestin embryonnaire. Ce noyau épithélial prolifère et devient le point de départ d'une tumeur épithéliale.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

En outre des ouvrages ou travaux cités dans le cours de notre étude, nous signalerons les travaux suivants :

- Ed. Simon. — Kyste hématique du grand épiploon. (Bull. Soc. anat., 1858).
- Furbringer. — Cancer de l'épiploon simulant à l'exploration un cancer du foie. (Bull. clin., Woch, 6 février 1888.)
- Chassagne. — Tumeur myxo-sarcomateuse de l'abdomen. (Gaz. méd., Paris, 8 mai 1886.)
- Virchow. — Pathologie des tumeurs. (Trad. franç., 1869, t. 2.)
- Audry. — Tumeurs de l'épiploon. (Lyon médical, 1889, p. 393-439).
- Chiarleoni. — Strozzamento da rotazione assiale di un sarcomo del grande épiploon. (Ann. de médec. chirurg. Milan, 1886, t. 277).
- A. Chuquet. — Du carcinome généralisé du péritoine. (Th. de Paris, 16 décembre 1879).
- Lorreyte — Etude sur le cancer du péritoine. (Th. Paris, 1873.)
- Mongird. — Cancer du péritoine. (Th. Paris, 1884).
- Porak. — Tumeurs pédiculées de l'épiploon.
- Duplay et Reclus. — Traité de chirurgie (T. 1, p. 421).
- Lancereaux. — Anatomie pathologique. (T. 2.)
- Ch. Robin. — Recherches anatomiques sur l'épithélioma des séreuses. (Journal de l'anatomie et de la physiologie normales et pathologiques de l'homme et des animaux, 1869).
- Augagneur. — Tumeurs du mésentère. (T. agrég., 1886).
- Marquis. — Du cancer primitif du péritoine. (Th. Paris, 1873).
- Camus. — Etude des néoplasies primitives du grand épiploon. (Th. Paris, 1892).
- Lavocat. — Etude clinique des tumeurs malignes du grand épiploon. (Th. Paris, 1892).

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !
